

474
FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° 

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Ernest DAVID

né le 18 août 1906, à Petroseni.

**Le Mouvement de la Maternité
Lariboisière
en 1935**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Ernest DAVID

né le 18 août 1906, à Petroseni.

**Le Mouvement de la Maternité
Lariboisière
en 1935**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale.	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIM.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
	JOANNON Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LÉRY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.
 RUPPE Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Affectueux hommage à leur dévouement incomparable.

A MES SŒURS FRERES ET BEAUX-FRERES

A MA NIECE ET MES NEVEUX

L'expression de ma plus profonde affection.

A MADAME PROST ET A M. F.-A. PROST

Témoignage de ma grande affection et de ma plus sincère gratitude.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Accoucheur de la Maternité BAUDELLOCQUE.

Officier de la Légion d'Honneur.

*En témoignage de respectueux re-
merciements pour l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur de la Maternité LARIBOISIÈRE.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui a permis de poursuivre dans
son service les travaux nécessaires à
la rédaction de cette thèse, témoignage
de notre respect et de notre profonde
reconnaissance.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX

ET DE LA FACULTE DE PARIS

*L'expression de mon admiration et
de mes remerciements.*

STATISTIQUE GENERALE

Femmes hospitalisées	3.285
Avortements	139
Accouchements naturels à terme	2.642
Accouchements à terme de 8 mois 1/2	156
Accouchements à terme de 8 mois	110
Accouchements à terme de 7 mois 1/2	41
Accouchements à terme de 7 mois	45
Accouchements à terme de 6 mois 1/2	23
Accouchements à terme de 6 mois	23
Grossesses gemellaires	30
Application de forceps	140
Opérations césariennes	27
Symphysiotomies	3
Hystérectomies	4
Embryotomies	12
Versions	6
Episiotomies	102
Délivrances artificielles	76
Révision utérine	63
Incision du col	24
Mortalité infantile	185
Enfants sortis vivants	2.986

I. AVORTEMENTS (139 cas). . .

Au cours de l'année qui nous occupe, nous avons enregistré 139 cas d'avortements que nous classerons en trois groupes principaux d'après l'époque de la gestation où ils sont survenus. Nous ferons ensuite un classement suivant qu'ils se sont produits en un temps ou en deux temps et selon qu'ils se sont produits chez une primipare ou une multipare. Nous énumérerons après les cas d'avortements gémellaires. Nous exposerons plus loin les avortements provoqués dans un but thérapeutique, et pour terminer nous énumérerons les cas où la cause a été évidente ainsi que quelques cas qui ont nécessité une intervention spéciale.

1° L'avortement s'est produit au cours du 1^{er} et du 2^e mois dans 12 cas.

2° L'avortement s'est produit au cours du 3^e et du 4^e mois dans 69 cas.

3° L'avortement s'est produit au cours du 5^e et 6^e mois dans 58 cas.

Ils se sont produits dans 122 cas en deux temps et dans les 14 cas suivants en un temps :

Obs. 381 b., 467 b., 516 b., 1.058 b., 1.124 b., 1.904, 1.925 ter, 1.948 b., 1.954 b., 1.965 b., 2.007, 2.030 b., 2.585, 3.137 b.

Dans 31 cas, sur la totalité des avortements, il

s'agissait des primipares et dans 103 cas des multipares.

Nous avons enregistré 7 cas d'avortements gémellaires : Obs. 469 b., 1.308 b., 1.651 b., 1.853 b., 2.018, 3.206, 3.135.

Nous étions contraints à interrompre le cours normal de la grossesse dans un but thérapeutique dans les 15 cas suivants :

Obs. 30 b. — Rupture spontanée des membranes au terme de 4 mois, suivie de procidence d'une main.

Obs. 104 b. — Femme ayant subi une phrénicectomie et un pneumothorax artificiel présentant des lésions tuberculeuses pulmonaires évolutives.

Obs. 212 b. — Femme, âgée de 27 ans, ayant un pneumothorax artificiel et présentant des signes d'aggravation de ses lésions.

Obs. 307 b. — Femme épileptique avec cardiopathie organique.

Obs. 415. — Femme ayant un rétrécissement mitral caractérisé et présentant des signes de début d'une asystolie.

Obs. 467 b. — Métrite hémorragique avec pertes abondantes.

Obs. 795 b. — Femme, âgée de 29 ans, tension artérielle à 25-16 au Vaquez et hyperazotémie. Grossesse précédente interrompue pour crise d'éclampsie.

Obs. 805 b. — Néphrite chronique hypertensive et albuminurique (8 gr. au tube d'Esbach).

Obs. 817 b. — Tuberculose pulmonaire évolutive.

Obs. 1.308 b. — Vomissements incoercibles ne cédant à aucun traitement au 2^e mois d'une grossesse gémellaire.

Obs. 1.399 b. — Vomissements incoercibles graves.

Obs. 1.447 b. — Accidents cardiaques dans un cas d'insuffisance aortique chez une primipare de 22 ans.

Obs. 1.700. — Rétrécissement mitral.

Obs. 2.161 b. — Insertion basse du placenta avec hydrohémorrhée abondante chez une primipare de 25 ans.

OBS. 2.588. — Mort du fœtus chez une femme très anémiée présentant des hémorragies très abondantes. On trouve un fœtus macéré avec cou atrophié entouré de quatre circulaire de cordon. Au terme de 5 mois.

Les causes ont été évidentes dans les 13 avortements spontanés suivants :

Obs. 127 b. Gonococcie avec bartholinite. — 658 b. Syphilis — 1.056 b. Métrite hémorragique. — 1.058 b., 1.124 b., 1.352 b., 2.897, 3.150 b. Syphilis. — 1.149 b. Hémorragies répétées chez une femme atteinte d'hémophilie. — 1.650 b. Infection amniotique. — 1.673. Fibrome utérin. — 2.514 b. Tuberculose pulmonaire. — 3.180 Placenta prævia.

La dilatation du col a été provoquée ou complétée dans trois cas par l'application d'un ballon de Boissard, dans 8 cas par l'introduction d'un paquet de laminaires et dans un cas à l'aide d'une série de bougies et dans 4 cas l'application des laminaires a du être suivie de la mise en place d'un ballon.

Nous avons dû pratiquer dans 21 cas un curage digital et dans 15 cas un curettage, soit pour rétention partielle du placenta, soit pour non-décollement du délivre.

Dans les 5 cas suivants : 321 b., 1178 b., 1.340 b., 1.186 b. et 1.925 ter, le fœtus a été putréfié et dans trois cas : 1.058 b., 3.150 b., et 3.206 d'avortements survenus respectivement au terme de 5 mois, 5 mois $1/2$ et 4 mois $1/2$, nous avons constaté la rétention d'un fœtus mort depuis un mois environ, dans les deux premiers cas, et de deux mois dans le troisième cas chez une femme syphilitique.

Cas particuliers.

Obs. 174 b. — Césarienne vaginale au terme de 5 mois pour infection amniotique grave. Température de 39°.

Obs. 307 b. — Césarienne vaginale pour non dilatabilité du col chez une épileptique et cardiaque.

Obs. 2.146. — Incision d'un gros abcès s'opposant à la dilatation du col utérin au cours d'un avortement au terme de 4 mois.

En conclusion, nous constatons avec satisfaction la diminution notable du nombre des avortements par rapport à l'année précédente où nous avons eu à enregistrer 179 cas d'avortement contre 139 pendant l'année courante, bien que le nombre des accouchements faits dans nos services ait sensiblement augmenté. Nous faisons encore remarquer que la plupart de ces femmes, surtout celles qui ont présenté une rétention du fœtus mort, ne se sont pas fait surveiller au cours de leur grossesse au service de notre consultation pré-natale.

II. ACCOUCHEMENTS

a) *Statistique générale des présentations.*

O. I. G. A. O. P.	2.288
O. I. G. A. O. S.	13
O. I. D. P. O. P.	548
O. I. D. P. O. S.	24
O. I. G. T. O. P.	1
O. I. G. P. O. P.	1
O. I. D. A. O. P.	4
M. I. D. P. M. P.	2
M. I. G. P. M. P.	1
M. I. G. A. M. P.	1
Front	1
Epaule	7
S. I. G. A. décomplété mode des fesses	65
S. I. G. A. complet	47
S. I. D. P. décomplété mode des fesses	14
S. I. D. P. complet	11
S. I. G. P. complet	1
S. I. D. A. complet	1

Dans 10 cas, le diagnostic de la présentation n'a pu être posé parce que la parturiente a accouché dans le taxi en arrivant à l'hôpital ou bien elle avait un placenta bas inséré ou encore une tumeur prævia.

b) Présentation de la face (3 cas).

OBS. 531. — M. I. D. P. chez une primigeste jeune avec infection amniotique. Température à 38°. La tête ne progressant pas, nous nous décidons à une application du forceps Tarnier. En premier temps nous ramenons la tête en D. T. et au cours de la 2^e application nous pratiquons la rotation et le dégagement en M. P. Garçon en état de mort apparent, ranimé au bout de 20 minutes de soins.

OBS. 1.499. — M. I. D. P. chez une multipare. Accouchement naturel. Dégagement en M. P. Fille vivante.

OBS. 1.715. — M. I. G. A. M. P. Fille vivante, décédée deux heures après l'accouchement.

OBS. 2.460. — M. I. G. P. chez une primipare de 30 ans. Accouchement naturel. Dégagement en M. P. d'un garçon vivant après épisiotomie unilatérale.

c) Présentation du front (1 cas).

OBS. 2.310. — Présentation du front chez une primipare âgée de 21 ans. Application du forceps Tarnier pour lenteur de la période d'expulsion et signes de souffrance fœtale. Dégagement d'un garçon vivant après épisiotomie.

Présentation en O. I. G. P. (1 cas).

OBS. 2.718. — Il s'agit encore d'une primipare de 22 ans. Application du forceps Tarnier pour signes de souffrance fœtale. Dégagement en O. P. d'un garçon vivant après épisiotomie.

Présentation en O. I. D. A. (4 cas).

OBS. 294. — Primipare âgée de 36 ans. Forceps Tarnier pour résistance des parties molles. Dégagement en O. P.

d'une fille vivante suivie de délivrance artificielle pour non décollement du placenta.

OBS. 484. — 9-geste, âgée de 36 ans. Accouchement naturel d'une fille vivante. Dégagement en O. P.

OBS. 865. — Primipare de 23 ans ayant un bassin G. R. A l'arrivée de la femme dans le service on ne perçoit plus les bruits du cœur du fœtus. Dégagement en O. P. à l'aide du forceps Tarnier d'un garçon mort-né avec un nœud serré sur le cordon.

OBS. 1.806. — Accouchement normal à terme. Dégagement en O. P. d'un garçon vivant.

d) Présentation de l'épaule (7 cas).

OBS. 226. — A. I. G. A. chez une 8-geste de 33 ans avec le placenta bas inséré. On pratique facilement une version podalique par manœuvre interne suivie d'une extraction immédiate d'une fille vivante, décédée 19 heures après l'accouchement. La délivrance se fait naturellement, mais elle est suivie d'une hémorragie abondante avec shock intense commandant une révision utérine, au cours de laquelle on constate la rupture du col et du segment inférieur de l'utérus. Tous les soins d'usage mis en œuvre restent infructueux, et la femme succombe trois heures 1/2 après l'accouchement.

OBS. 331. — Présentation de l'épaule chez une primipare de 34 ans à tissus mous, très résistants. Les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus. On introduit un ballon pour hâter la dilatation du col et l'on pratique une version podalique par manœuvre mixte. Après épisiotomie, naissance d'une fille morte, suivie de délivrance artificielle immédiate.

OBS. 1.187. — A. I. D. A. chez une 3-geste de 28 ans avec placenta prævia recouvrant, sans hémorragie, et bassin G. R. Nous décidons une césarienne corporéale suivie d'une hystérectomie subtotale pour hémorragie (les deux grossesses précédentes ont été terminées par une opération césarienne).

Extraction d'un garçon en état de mort apparent, ranimé après 30 minutes de soins, mais décédé 8 heures plus tard.

Obs. 1.506. — A. I. D. A. au terme de 6 mois 1/2 variété antébrachiale avec procidence du cordon. Pas de bruit de cœur fœtal. Expulsion conduplicato-corpore d'un garçon mort-né.

Obs. 2.740. — A. I. D. A. négligé en ville chez une 2-geste de 41 ans. A l'arrivée de la femme le bras droit du fœtus sort hors de la vulve. La tête est à droite au-dessus du O. S. Le cœur fœtal n'est plus perceptible. On pratique une embryotomie rachidienne permettant d'extraire le corps en tirant sur le bras procident. Extraction de la tête en tirant avec deux doigts sur le maxillaire inférieure du fœtus. Le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus et bien que la femme saigne très peu, on pratique la délivrance artificielle. Dans ce moment la femme eut une syncope bleue et malgré tous les traitements mis en œuvre (respiration artificielle pendant une heure, combinée avec la traction rythmée de la langue, ballons d'oxygène, injection sous-cutanée d'huile camphrée, lobéline et oxygène), elle succombe. A la révision utérine l'on ne trouve aucune lésion. Au cours de l'anesthésie la femme a absorbée 12 gr. d'éther.

Obs. 3.239. — A. I. D. A. chez une 12-geste de 39 ans. Les membranes sont rompues depuis 48 heures. Début d'infection amniotique. Le fœtus est mort. On pratique une embryotomie rachidienne suivie de délivrance artificielle. A la révision de l'utérus l'on constate son intégrité.

Obs. 2.189. — Présentation transversale avec procidence du bras droit et du cordon. On fait une version suivie d'abaissement du pied droit. Au moment de l'extraction, dystocie des bras et de la tête dernière. Le cœur fœtal ne bat plus. On se décide à une basiotrypsie, suivie de D. A. immédiate.

e) Présentation du siège.

Les 139 présentations de siège se classent de la façon suivante :

S. I. G. A. décomplété mode des fesses	65
S. I. G. A. complet	47
S. I. D. P. décomplété mode des fesses	14
S. I. D. P. complet	11
S. I. G. P. complet	1
S. I. D. A. complet	1

Il y a donc prédominance nette des présentations du siège décomplétées mode des fesses et c'est surtout chez les primipares. En effet, il est à noter que dans 65 cas, sur les 139 cas de siège, il s'agissait des primipares. Or, ce chiffre correspond presque à la moitié des cas de présentations du siège pendant que le nombre des primipares ne représente qu'un tiers de toutes les présentations.

L'accouchement avant terme est plus fréquent dans la présentation du siège que dans les autres présentations. Nous enregistrons, en effet, 42 cas de prématurité dont 8 au terme de 8 mois 1/2, trois à 8 mois, trois à 7 mois 1/2, onze à 7 mois, cinq à 6 mois 1/2, douze à 6 mois.

Ceci explique en partie, la mortinatalité et la mortalité élevées des nouveau-nés survenus pendant, ou tout de suite après l'accouchement, car nous avons noté 25 cas de mortalité fœtale sur les 139 sièges.

Dans les 14 cas suivants, l'accouchement a nécessité des interventions spéciales.

OBS. 70. — S. I. D. P. décomplété, chez une primipare de 36 ans, avec parties molles très résistantes commandant une césarienne segmentaire suivie de délivrance artificielle immédiate. Garçon vivant.

OBS. 323. — S. I. G. A. complet chez 1-geste avec proci-

dence du cordon et signes de souffrance fœtale. Après épisiotomie, extraction d'une fille en état de syncope, ranimée après 20 minutes de soins. Délivrance artificielle. Petite déchirure de col utérin, suturée immédiatement.

OBS. 1.683. — S. I. G. A. décomplété chez une multipare avec hémorragies au début du travail. On rompt la poche des eaux, l'hémorragie s'arrête, ayant eu pour cause l'insertion basse du placenta.

OBS. 1.122. — S. I. G. P. complet chez une 6-geste. Le fœtus se met en transverse On le fixe en position longitudinale à l'aide d'un tampon. Gros œdème du col utérin au cours du travail. On constate des signes de souffrance fœtale et ainsi on se décide à l'incision médiane antérieure et postérieure du col dilaté comme une petite pomme. Abaissement des pieds à l'aide du crochet. Application du forceps Tarnier sur la tête dernière et extraction d'une fille en syncope, ranimée au bout de 40 minutes de soins, présentant une fracture du fémur droit.

OBS. 1.265. — S. I. D. P. avec procidence du cordon et lenteur du travail nécessitant l'extraction. Fille vivante

OBS. 1.409. — S. I. G. A. chez primipare de 26 ans. Grande extraction du siège pour procidence du cordon. Fille vivante.

OBS. 1.765. — S. I. G. A. chez une primipare. Le cœur fœtal n'est plus perçu. Après épisiotomie, extraction d'une fille mort-née avec ascite importante.

OBS. 2.183. — Forceps Tarnier sur tête dernière dans un cas de présentation en S. I. D. P. Extraction d'un garçon mort-né.

OBS. 2.682. — S. I. G. A. à terme de 6 mois chez une primipare. La poche des eaux est rompue depuis 7 jours. Température 38°8. Cordon procident, sans battements. On fait une incision antérieure et postérieure du col et on extrait le siège, mais l'utérus se rétracte sur la tête dernière du fœtus macéré. Après dislocation du cou, on applique, sans succès, le forceps Tarnier sur la tête dont on doit pratiquer le broiement manuel pour l'extraire. Délivrance artificielle immédiate suivie de révision utérine pour constater l'intégrité de l'utérus.

Obs. 1.567. — S. I. G. A. chez 2-geste en travail depuis quatre jours. A l'arrivée de la femme on ne perçoit plus les bruits du cœur fœtal. La poche des eaux est rompue depuis plus de 15 heures et le liquide amniotique est couleur purée de pois. Le bassin est légèrement rétréci. A la dilatation complète du col, on extrait le siège qui ne s'engage pas et le fœtus tend à se transversaliser. Dans ce moment, le cordon tombe hors de la vulve et les bras se relèvent que l'on ne peut pas abaisser. On pratique une embryotomie trans-thoracique. Le col se retracte sur la tête dernière, nécessitant une crânioclasie. D. A. immédiate, suivie de révision utérine au cours de laquelle on constate l'intégrité de l'utérus en forme bicorne.

Obs. 2.739. — Siège chez une primipare avec bassin G. R. Fœtus mort. On pratique une basiotrypsie sur la tête dernière suivie de D. A. La femme ayant un état général mauvais, on lui fait une transfusion de 400 cc.

Obs. 2.892. — S. I. G. A. chez une primipare de 18 ans avec plancher périnéal très résistant, nécessitant la pose d'un ballon. Légère dystocie des épaules à cause du relèvement des bras. Dégagement de la tête très difficile mais réussi après avoir fait respirer quelques bouffées de chloroforme à la femme. L'œdème des tissus commande une épisiotomie. Extraction d'un garçon pesant 4.270 gr. en état de syncope, ranimé après une heure de soins.

Obs. 3.117. — S. I. G. A. avec procidence du cordon. On pratique l'extraction du siège pour altération des bruits du cœur. Naissance d'une fille en état de syncope blanche, n'ayant pu être ranimée.

Obs. 3.123. — S. I. G. T. chez une primipare. Extraction du siège après incision antérieure et postérieure du col pour non progression de la dilatation et signe de souffrance fœtale. Fille mort-née.

Il nous a paru intéressant de noter que sur les 3.040 accouchements de présentations différentes, nous avons compté 1.196 primipares, dont 854 avaient la présentation en O. I. G. A. Ce chiffre cor-

respond à 37 % de la totalité des présentations en O. I. G. A. Il y avait en outre 266 primipares avec présentation en O. I. D. P., ce chiffre correspond à 47 % de la totalité des présentations en O. I. D. P. Nous pouvons donc conclure que la présentation en O. I. D. P., est de 10 % plus fréquente — il s'agit, bien entendu d'une fréquence relative — chez la primipare, que la présentation en O. I. G. A. Ce pourcentage paraît augmenter avec l'âge de la primipare puisque au-dessus de 26 ans, jusqu'à 40 ans, nous trouvons 11 % de plus en faveur de la présentation en O. I. D. P. (184 de O. I. G. A. et 83 de O. I. D. P.). Ce même chiffre s'élève au quadruple chez la primipare au-dessus de 40 ans, puisque nous notons à cet âge, 5 présentations en O. I. G. A. sur les 2.301 cas de O. I. G. A., c'est-à-dire 0,21 %. D'autre part, nous avons enregistré 5 cas de présentation en O. I. D. P. à ce même âge sur les 572 présentations en O. I. D. P., soit 0,87 %. Cette proportion élevée a été trouvée dans les présentations du siège aussi, qui sont au nombre total de 139 dont 65 cas, c'est-à-dire 48 % de primipares. Nous avons noté en plus, la fréquence du siège décomplété avec distocie chez la primipare âgée. Dans les présentations en O. I. G. P., en O. I. D. A. et dans celles de la face et du front, il s'agissait à une exception près toujours d'une primipare.

f) *Le terme de l'accouchement.*

Sur les 3.040 accouchements de différentes présentations, nous avons enregistré :

2.642 accouchements à terme de 9 mois.

156	—	—	8 mois 1/2.
110	—	—	8 mois.
41	—	—	7 mois 1/2.
45	—	—	7 mois.
23	—	—	6 mois 1/2.
23	—	—	6 mois.

g) *L'heure de l'accouchement.*

L'accouchement a eu lieu entre 24 h. et 6 h.	806 fois
—	—
6 h. et 12 h.	776 —
—	—
12 h. et 18 h.	739 —
—	—
18 h. et 24 h.	749 —

h) *Accouchements gémellaires (30 cas).*

Dans 22 cas, la grossesse a été bivitelline et dans 8 cas, elle a été univitelline (obs. 1.016, 1.044, 1.147, 1.280, 1.379, 1.475, 2.123, 2.594). Dans 17 cas le premier fœtus se présentait par le sommet et le 2^e par le siège. Dans 4 cas le premier fœtus a présenté son siège et le deuxième son sommet.

Dans 6 cas, les deux fœtus se sont présentés par le sommet (Obs. 1.044, 1.646, 1.622, 2.123, 2.577, 2.724). On a noté un cas où les deux fœtus se sont présentés par

le siège (obs. 1.475). Dans le cas 3.255, le premier fœtus s'est présenté en O. I. G. A. et le second en transverse ayant nécessité une version podalique par manœuvre interne. Dans 6 cas les fœtus ont été de sexe différent (obs. 308, 471, 997, 2.619, 2.992, 3.255).

19 cas d'accouchements à terme de 9 mois

4	—	—	8 mois 1/2
5	—	—	8 mois
1	—	—	7 mois 1/2
1	—	—	6 mois 1/2

Dans les cas suivants, le dégagement du fœtus en O. I. D. P. s'est effectué en O. S. (Obs. 2.123, 2.577, 2.724 et 2.901).

Nous avons noté 3 cas d'application de forceps sur l'un des fœtus; obs. 308 pour lenteur de travail après incision du col œdédié, obs. 1.044 pour lenteur de l'expulsion et procidence du cordon, d'une main et d'un pied, obs. 2.577 pour lenteur de l'expulsion.

Dans le cas 1.379 l'un des fœtus a été macéré et retenu depuis un mois environ. Sous le numéro 2.992, nous trouvons un cas d'excès de liquide.

Dans un cas (997) nous avons pratiqué une césarienne basse pour bassin G. R. chez une femme rachitique ciphotique.

Dans 12 cas de grossesse gémellaire il s'agissait d'une primipare.

III. COMPLICATIONS DE PERTURATION

a) *Œdème du col.*

Dans les observations qui suivent, nous avons dû pratiquer une double incision sur le col et dégager le fœtus à l'aide du forceps (obs. 20, 207, 443, 1.122, 1.227 et 3.215).

Nous avons noté un cas d'œdème du col et de la vulve. Accouchement normal (Obs. 2.542).

b) *Affections vulvaires.*

Obs. 88 : cystocèle. Obs. 127 b., 1.636 : bartholinite. Obs. 197, 1.741 : varices vulvaires. Obs. 854, 1.316, 3.121 : végétations. Obs. 1.782 : vaginite granuleuse. Obs. 1.773 : hymen résistant nécessitant la défloration artificielle. Obs. 2.555 : vaginite granuleuse avec végétations vulvaires. Obs. 3.084 : fistule recto-vaginale. Obs. 3.192 : bride vaginale.

Aucune de ces affections n'a été la cause de dystocie.

Nous avons noté deux cas de déchirure d'une petite lèvre (Obs. 161 et 917), deux cas de désinsertion complète d'une petite lèvre (Obs. 1.213 et 1.603) et trois cas de déchirure d'une grande lèvre (Obs. 2.133, 2.473, 3.038).

c) *Le Périnée.*

Deux cas d'œdème du périnée (Obs. 701 et 1.603).
Un seul cas (2.749) de déchirure complète à la suite d'une application de forceps chez une primipare.

d) *Affections utérines.*

8 cas de fibrome :

Obs. 181. — Primipare opéré d'un fibrome au 5^e mois de la grossesse a continué normalement jusqu'au terme de 9 mois.

Obs. 752. — Petit fibrome chez primipare. Expulsion d'un garçon mort-né au terme de 7 mois.

Obs. 830. — Fibrome du segment inférieur. Obs. 842 : Petit fibrome sous-péritonéal.

Obs. 1.531 : Gros fibrome de la paroi antérieure de l'utérus, cause de l'accouchement au terme de 7 mois.

Obs. 2.240. — Gros fibrome, pesant 1.950 grammes de la paroi antérieure de l'utérus, chez primigeste de 36 ans, ayant un bassin G. R. et placenta prævia, commandant une opération césarienne corporéale suivie de myomectomie. Extraction d'une fille vivante.

Obs. 2.753. — Utérus fibromateux chez primipare de 35 ans.

Obs. 2.922. — Fibrome utérin chez primipare de 31 ans, ayant le bassin G. R. Extraction d'un garçon vivant au forceps.

Un cas de prolapsus utérin (obs. 78).

Quatre cas de malformations utérines :

Obs. 703, 2.766 : Utérus cordiforme. Obs. 1.316 : Amorce de cloison au fond de l'utérus. Obs. 1.567 : Utérus bicorne.

e) *Déchirure de l'utérus* (5 cas).

OBS. 226. — Déchirure du segment inférieur au cours d'une version (voir Présentation de l'Epaule).

OBS. 323. — Petite déchirure du col après accouchement artificiel rapide pour procidence du cordon.

OBS. 2.331. — Déchirure du col chez une primipare de 21 ans.

OBS. 3.243. — Tentative de césarienne vaginale chez primigeste de 34 ans. Incision de la lèvre postérieure du col. Décollement difficile de la vessie. Le col, très friable, se déchire brusquement à gauche pendant que l'on pratique l'incision de la lèvre antérieure du col, permettant ainsi une application de forceps. Extraction d'un garçon vivant, suivie de D. A.

OBS. 3.215. — Déchirure transversale du col œdématisé chez une primigeste de 37 ans. On incise la lèvre antérieure et postérieure du col pour dégager au forceps un garçon vivant.

f) *Inertie utérine* (17 cas).

Nous avons classé les inerties en trois groupes :

1° Inerties survenues pendant le travail, avant l'expulsion du fœtus.

4 cas : OBS. 49, chez une 3-geste ayant une infection amniotique, l'inertie cède à une injection d'hypophyse postérieure. OBS. 404 : chez une primipare, imposant l'application du forceps. OBS. 1.142 : multipare syphilitique avec fœtus macéré. Mise en place d'un balon qui met fin à l'inertie. L'expulsion est suivie de D. A. OBS. 1.449 : légère inertie cédant après l'ingestion d'un gramme de quinine.

2° Inerties survenues après l'expulsion causant des hémorragies de la délivrance.

6 cas : OBS. 608 : chez une primipare cédant à une injection d'hypophyse. OBS. 812 : chez une primipare, cédant à l'injection de 20 cc. d'huile camphrée. OBS. 878 et 908 : nécessitant une D. A. suivie d'une injection d'ergotine. OBS. 1.267 : chez multipare albuminurique, hémorragie abondante nécessitant une D. A. La femme est agitée, dyspnéique, le pouls est filant, incomptable. Le traitement d'usage reste infructueux, l'hémorragie continuant la femme succombe 2 heures 45 minutes, après l'expulsion d'un garçon vivant. OBS. 2.630 : inertie avec hémorragie cessant après D. A. chez une multipare avec hydramnios considérable.

3° Inertie après la délivrance.

7 cas : OBS. 1.179, 1.168, 1.764, 2.947 : l'inertie cède après la révision utérine ramenant quelques caillots, suivie d'une injection d'hypophyse postérieur. OBS. 1.893 : inertie après une basiotrypsie (voir embryotomie). OBS. 2.046 : Inertie après une opération césarienne cédant à une injection d'extrait d'ergot. OBS. 3.249 b. : après curetage fait à la suite d'un avortement incomplet au terme de 4 mois, ayant cédé à l'injection de l'hypophyse et d'extrait d'ergot.

g) Hémorragie de la délivrance.

Nous avons noté 65 cas d'hémorragies de causes différentes (légère utérine, placenta bas inséré, petite déchirure du col, hémogénie). Dans chaque cas, nous avons pratiqué une révision utérine, ramenant quelques débris placentaire ou des caillots sanguins. Dans certains cas nous avons dû injecter de l'extrait

d'hypophyse ou d'ergot qui ont eu raison de l'hémorragie. Dans un cas (obs. 2.947) nous avons dû recourir à la compression de l'aorte.

Dans les trois cas suivants, l'hémorragie a été mortelle.

OBS. 1.267. — (Voir inertie utérine).

OBS. 2.071. — Hémorragie considérable (1.800 cc.) après l'expulsion d'une fille vivante. Après D. A. l'utérus se rétracte. L'on fait une injection d'hypophyse et d'ergotine, de caféine et de sérum physiologique. Une heure et demie après, la femme eût un shock; le pouls devient filant, il est impossible de pratiquer une transfusion même dans la veine fémorale, à cause du collapsus veineux. On fait une transfusion intra-cardiaque de 300 cc. suivie d'une injection intra-cardiaque de sérum physiologique. Le shock s'intensifie et la femme succombe trois heures et demie après l'accouchement.

OBS. 2.881. — Hémorragie abondante après la délivrance chez une 2-geste ayant eu un placenta prævia. A la révision utérine l'on ne constate rien d'anormal, l'utérus se contracte normalement sur la main laissée sur place pendant quelques minutes. On fait une injection d'ergot et d'hypophyse dans le muscle utérin et du sérum physiologique adrénaliné par voie intra-veineuse. L'hémorragie continue. On tamponne l'utérus avec une mèche imbibée d'Anthéma. Il est impossible de faire une transfusion, même après avoir dénudé la veine. Adrénaline intra-cardiaque sans succès. Exitus de la femme deux heures après l'accouchement.

h) *Procidences* (27 cas).

Procidence du cordon seul, avec présentation du sommet : 7 cas d'accouchement normal (Obs. 442, 579,

638, 1.202, 1.214, 2.693 et 2.713). Trois cas d'application de forceps (Obs. 190, 195, 2.439). Un cas d'accouchement rapide (187). Un cas d'opération césarienne la procidence coexistant avec bassin G. R. (Obs. 179).

Procidence du cordon avec présentation du siège : 2 accouchements normaux (Obs. 2.464, 2.879). 4 accouchements artificiels rapides pour souffrance fœtale (Obs. 323, 1.265, 1.409, 3.117). Un cas d'embryotomie (Obs. 2.682).

Procidence du cordon avec présentation de l'épaule : 1 cas (1.506). Expulsion conduplicato corpore d'un fœtus macéré au terme de 6 mois 1/2.

Procidences multiples.

Obs. 1.044 : Procidence du cordon, d'une main et d'un pied chez le 2^e fœtus d'un accouchement gémellaire.

Obs. 1.567 : Le cordon et un bras avec dystocie grave (voir présentation du siège).

Obs. 1.903. — Latérocidence d'une main.

Obs. 1.955. — Procidence d'un bras du 1^{er} fœtus dans un accouchement gémellaire.

Obs. 2.189. — Procidence du cordon et du bras droit (voir Présentation de l'épaule). Obs. 2.740. — Procidence du bras droit (voir épaule).

Obs. 3.171. — Le cordon et une main.

Dans 6 cas (Obs. 187, 1.202, 1.214, 2.439, 3.117, 1.506, la procidence du cordon a été la cause évidente de la mortalité fœtale.

i) *Viciations pelviennes* (78 cas).

Bassins rachitiques.

Nous avons noté 33 cas de bassins généralement

rétrécis avec un diamètre promonto-rétro-pubien au-dessus de 9 cm. 1/2.

Dans 18 cas, l'accouchement s'est terminé normalement. Dans 15 cas, nous avons fait une application de forceps.

Dans le cas 2.999, nous avons noté l'existence d'une exostose du pubis.

Dans 25 cas, le diamètre promonto-rétro-pubien a été inférieur à 9 cm. 1/2 et l'accouchement a dû être terminé artificiellement. Dans 18 cas, par une opération césarienne (Obs. 179, 330, 425, 570, 590, 931, 959, 997, 1.534, 1.538, 2.027, 2.046, 2.240, 2.242, 2.269, 2.309, 2.758, 3.108). Dans 4 cas, par une embryotomie, le fœtus étant mort, (Obs. 402, 779, 2.394, 2.739). Dans 3 cas par une symphysiotomie (obs. 1.604, 1.789, 2.277).

Bassins cipro-scoliotiques.

Cinq cas dont 4 se terminent par un accouchement normal (Obs. 747, 1.460, 1.462, 2.005) et une fois (Obs. 430) par l'application du forceps.

Mal de Pott (3 cas).

Deux accouchements normaux (1.401 et 1.581), un cas d'application de forceps (obs. 3.045).

Paralysie infantile.

Obs. 1.612. — Femme, présentant des séquelles de paralysie infantile, ayant le bassin aplati. Le travail a été provoqué au terme de 8 mois 1/2 par la mise en place d'un ballon de Boissard, naissance d'une fille vivante.

Coxalgie.

OBS. 2.674. — Primipare de 28 ans, avec ankylose complète de la hanche droite coxalgique avec bassin légèrement asymétrique.

Accouchement normal à terme. Fille vivante.

Bassin asymétrique.

OBS. 3.154. — Bassin asymétrique post-traumatique chez une 5-geste. Accouchement normal.

Luxations congénitales de la hanche (9 cas).

Quatre observations de luxation bilatérale dont trois accouchements spontanés (2.076, 2.562, 2.669) et une application de forceps (1.140).

Cinq observations de luxation unilatérale de la hanche (327, 390, 1.297, 2.417, et 3.000). L'accouchement s'est terminé normalement.

j) Dystocies des épaules (9 cas).

Dans les 9 cas, il s'agissait d'un fœtus dont le poids a largement dépassé 4.000 grammes. Dans le cas 2.430 il a atteint 5.450 grammes. Le bis-acrominal variait entre 12 et 14 cm. Dans 2 cas (384, 2.430) la manœuvre de JACQUIER a suffi pour dégager l'épaule. Dans 5 cas (1.916, 1.936, 2.333, 3.189, 3.225), elle a dû être précédée par une application de forceps sur le sommet volumineux. Dans le cas 2.394, nous avons dû faire une embryotomie pour dégager un monstre anencéphale.

Dans le cas 2.892, nous étions en présence d'une dystocie des épaules à cause du relèvement des deux bras au cours de l'extraction d'un siège.

k) *Circulaires et nœuds du cordon* (170 cas).

Nous avons noté 79 cas de circulaire simple autour du cou.

Dans 38 cas, le circulaire a été double. Dans 17 cas, nous avons trouvé trois circulaires et enfin, dans 4 cas (Obs. 1.894, 3.185, 1.284), il y avait quatre circulaires du cordon autour du cou. Dans le 4^e cas (2.588) un avortement au terme de 5 mois, nous avons trouvé quatre circulaires autour du cou atrophié du fœtus mort.

Nous avons enregistré 17 cas de circulaire simple autour du thorax et un cas de circulaire double (Obs. 3.125).

Cinq cas de nœud simple du cordon (Obs. 828, 1.033, 1.120) ayant été dans deux cas la cause de la mort du fœtus (Obs. 865, 2.145 b.).

Un cas de double nœud du cordon (Obs. 1.144).

Dans trois cas le nœud coexistait avec un circulaire du cou (Obs. 1.298, 1.844 et 2.920).

Dans deux cas, marqués par la mort du fœtus, nous avons noté un nœud avec deux circulaires du cou. (Obs. 2.362, 2.935).

Dans un cas (Obs. 1.245) où l'enfant est né mort, nous avons trouvé un nœud et trois circulaires du cou.

Un cas de coexistence de deux nœuds avec deux circulaires thoraciques (Obs. 3.244).

IV. ANOMALIES DE L'ŒUF

a) *Hydramnios* (23 cas).

14 cas de léger excès de liquide amniotique avec présentation du sommet. Accouchement à terme de 9 mois sans aucune dystocie. (Obs. 378, 1.159, 1.357, 1.845, 1.127, 1.959, 2.138, 2.188, 2.201, 2.217, 2.363, 2.385, femme syphilitique, 3.077, 3.101).

Dans un cas (1.805) l'accouchement a eu lieu au terme de 7 mois. Garçon vivant présentant de grandes taches ecchymotiques sur le côté droit du thorax et la joue droite.

Trois cas de gros excès de liquide de 4 litres (Obs. 3.098) dont chez une albuminurique (Obs. 2.732) et dans le troisième cas (Obs. 2.630), la surdistension de l'utérus a été la cause de l'inertie après l'expulsion du fœtus, avec hémorragie abondante, commandant la D. A.

Deux cas d'hydramnios dans le bassin G. R. (Obs. 179, 2.706). Dans le premier cas nous avons pratiqué une opération césarienne.

Obs. 2.992. — Excès de liquide dans un cas de grossesse gémellaire.

Obs. 793. — Excès de liquide chez une 2-geste, ayant un rétrécissement mitral. L'accouchement a été terminé par une application de forceps pour faire éviter à la femme les dangers des efforts de l'expulsion.

OBS. 1.970. — Monstre anencéphal et acranié en M. I. D.
P. dégagé en M. S. Excès de liquide.

b) *Oligo-amnios* (Obs. 1.181).

Accouchement normal à terme. Expulsion d'une fille vivante née coiffée.

c) *Placenta prævia* (43 cas).

Dans 15 cas, l'accouchement s'est produit au terme de 9 mois, l'insertion basse du placenta n'a causé aucun trouble pendant le travail. Elle n'a été constatée qu'au moment de l'examen du placenta après la délivrance (Obs. 233, 970, 1.925, 1.078, 2.484, 2.504, 2.506, 2.542, 2.589, 2.689, 2.737, 2.764, 2.889, 2.984, 3.042 et 3.105).

Dans 13 cas, nous avons dû rompre prématurément les membranes à cause de l'hémorragie (Obs. 71, 269, 1.069, 1.083, 1.112, 1.241, 1.594, 1.625, 2.270, 3.023, 3.029, 3.150, 2.881).

Dans 12 cas, l'accouchement a été prématuré (Obs. 1.141, 1.083, 1.104 à 8 mois 1/2; Obs. 2.640, 2.727 à 8 mois; Obs. 526 à 7 mois 1/2; Obs. 71, 590, 1.069, 1.594, 1.051 à 7 mois; et Obs. 785 à 6 mois 1/2).

Deux fois, nous avons provoqué l'avortement thérapeutique pour hémorragie abondante (Obs. 2.161 b. à 4 mois et 3.180 à 5 mois 1/2).

Quatre fois il a coexisté avec d'autres dystocies graves ayant nécessité une version (Obs. 226, voir

Epaules) ou une opération césarienne (Obs. 590, 962, 2.240).

Mortalité fœtale 4 cas.

Mortalité maternelle 1 cas.

d) *Infection amniotique.*

Cinq cas légers avec accouchement normal à terme (Obs. 359, 374, 970, 2.368, 2.945).

Six cas sérieux (obs. 49, inertie de l'utérus infecté).

OBS. 174 b., césarienne vaginale au 5^e mois de la grossesse;
OBS. 549, non dilatabilité du col, nécessitant l'incision;
OBS. 3.239 (voir présentation de l'épaule); 1.196 b. et 1.650, avortement avec fœtus putréfié, (état général grave).

e) *Malformations placentaires.*

Seize cas de cotylédon placentaire accessoire. Un cas (Obs. 2.368) de placenta bilobé. Un cas (Obs. 499) de placenta en forme de croissant.

Quarante fois le placenta a été découronné.

f) *Anomalies du cordon.*

Dans 9 cas, la longueur du cordon était réduite. Elle variait entre 20 et 30 cm.

Nous avons noté dans 12 cas la longueur exagérée du cordon atteignant parfois 120 à 150 centimètres (Obs. 951, 1.789, 3.185, 3.125).

L'insertion du cordon a été vélamenteuse dans 9 cas et en forme de raquette dans 27 cas.

g) Dégénérescence molaire.

Nous avons noté un seul cas (Obs. 2.246) d'avortement molaire survenu au 2^e mois de la grossesse chez une primipare âgée de 18 ans.

Œuf complet.

Sous le numéro 1.803, nous avons enregistré un cas d'expulsion d'un œuf complet au terme de sept mois pesant 1.100 grammes et contenant un fœtus macéré chez une 4-geste avec deux cas précédents semblables.

V. ETATS PATHOLOGIQUES DE LA GROSSESSE

a) *Albuminurie gravidique* (31 cas).

Quinze cas d'albuminurie légère passagère avec accouchement normal à terme.

Dans 6 cas, l'accouchement a été prématuré sans autre accident. Quatre fois à 8 mois 1/2, et deux fois à 8 mois.

Quatre fois l'albuminurie s'est accompagnée d'hypertension. Obs. 220 : 2-geste de 25 ans. T. A. à 23-14. Accouchement normal au terme de 8 mois.

Obs. 2.190 et 2.449 : primipares, hypertendues. Accouchement naturel, sans accidents, au terme de 9 mois.

Obs. 2.662 : 5-geste de 44 ans. T. A. à 20-13. Accouchement prématuré à 6 mois 1/2.

Un cas d'application de forceps pour défaut de progression du sommet (Obs. 240).

Un cas d'œdème important des jambes chez une primipare albuminurique. Un cas de phlébite avec albuminurie (Obs. 669). Une fois, hydramnios avec albuminurie (Obs. 2.732).

Dans un cas mort de la femme albuminurique par hémorragie (Obs. 1.267, voir Inertie).

Obs. 155 : Fille mort-née à terme chez une primipare albuminurique.

b) *Eclampsie* (6 cas).

Obs. 24. — Crise d'éclampsie survenue durant le travail chez une 5-geste avec albuminurie massive et T. A. à 22-10. La crise se répète quatre fois dans un espace de 25 minutes. On fait une grande saignée, une injection de morphine et, après anesthésie au chloroforme, on incise la lèvre antérieure et postérieure du col pour dégager au forceps un garçon mort-né. D. A. suivie de révision utérine et de suture du col incisé.

Obs. 45. — Crise d'éclampsie survenue 4 heures après l'accouchement prématuré à 6 mois 1/2 chez une primigeste avec albuminurie massive. La T. A. reste normale. La crise se répète trois fois et cesse à la suite de traitement usuel.

Obs. 225. — Crise d'éclampsie du début du travail chez une 4-geste albuminurique. La T. A. est de 26-19. Accouchement naturel au terme de 7 mois 1/2. Fille vivante.

Obs. 311. — Application du forceps Tarnier pour crise d'éclampsie au cours du 7^e mois de la grossesse. T. A. normal. Fille prématurée mort-née.

Obs. 1.482. — Brusque crise d'éclampsie déclanchée au moment où la dilatation fut complète chez une primipare de 17 ans. T. A. normale, albuminurie légère. Après une saigné abondante et une injection de morphine, on anesthésie la femme au chloroforme pour dégager une fille vivante au forceps.

Obs. 2.333. — Application de forceps pour état prééclamp-tique chez une albuminurique. Fille vivante.

c) *Hémorragies rétro-placentaires* (9 cas).

Obs. 639. — Petite hémorragie rétro-placentaire chez primigeste. Expulsion d'un garçon vivant. La délivrance paraissant incomplète, on fait une révision utérine.

Obs. 709. — Petite hémorragie R. P. chez une 2-geste sur-

venue à la fin du 7^e mois de la grossesse. Garçon mort-né. Placenta truffé.

Obs. 1.854. — Hémorragie importante nécessitant la dilatation du col aux bougies et la pose d'un ballon de Boissard ainsi que la compression de l'aorte. L'hémorragie ne s'arrêtant pas, on pratique une hystérectomie, le segment inférieur de l'utérus étant infiltré. On constate un décollement étendu du placenta inséré sur la face antérieure gauche de l'utérus avec un caillot de sang rétro-placentaire pesant 220 grammes.

Obs. 1.881. — Hémorragie R. P. chez une primigeste provoquant l'accouchement au terme de 6 mois 1/2. Fille morte-née.

Obs. 2.709 b. — Contraction utérine subintrante suivie de contracture, à la fin du 8^e mois de la grossesse chez une 3^e geste ayant une pyélonéphrite depuis le 6^e mois de la grossesse. Garçon mort-né. La délivrance naturelle est suivie d'expulsion d'un gros caillot rétro-placentaire.

Obs. 3.023. — Hémorragie R. P. dans un cas d'insertion basse du placenta chez une primigeste de 38 ans, sans albuminurie et ayant une T. A. de 22-12. Expulsion au terme de 8 mois d'une fille morte-née. Révision utérine pour délivrance incomplète.

Obs. 3.049. — Contracture de dureté ligneuse de l'utérus chez une multipare. Expulsion d'un garçon mort-né au terme de 8 mois. Au moment de la délivrance, on a pu vérifier le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire.

d) *Vomissements graves* (3 cas).

Dans trois cas de vomissements incoercibles, l'interruption artificielle de la grossesse en but thérapeutique a été inévitable. Dans le cas 1.308 b. au terme de 3 mois et dans le cas 1.399 b. au terme de deux mois. Dans un cas (1992) la grossesse a pu être menée jusqu'au terme de 9 mois. Garçon vivant.

VI. ETATS PATHOLOGIQUES GENERAUX

a) *Syphilis* (70 cas).

Sur les 70 cas de syphilis nous avons noté 54 accouchement normaux à terme. Dans 11 cas la syphilis n'a pas été traitée (Obs. 50, 77, 83, 107, 108, 115, 134, 211, 227, 245, 249, 267, 304, 340, 565, 601, 672, 701, 768, 927, 968, 1.051, 1.117, 1.140, 1.142, 1.224, 1.236, 1.261, 1.269, 1.273, 1.277, 1.287, 1.389, 1.398, 1.426, 1.479, 1.554, 1.790, 2.113, 2.122, 2.223, 2.285, 2.385, 2.683, 2.701, 2.702, 2.707, 2.893, 2.963, 2.973, 2.989, 3.126).

Deux cas d'accouchements gémellaires (Obs. 1.168, 1.280).

Dans deux cas traités, l'accouchement s'est produit à 8 mois 1/2 (Obs. 504, 1.336). Six cas d'accouchements à 8 mois (Obs. 935, 3.051, 3.110, 3.146) dont deux cas non traités (Obs. 2.370 et 2.680).

Deux accouchements au terme de 7 mois 1/2 dont un non traité, un accouchement à 7 mois (Obs. 2618), un accouchement à 6 mois 1/2. Tous les deux traités.

Nous avons noté 4 cas d'avortement chez des femmes non traitées (Obs. 1.058 b., 1.124 b., 1.352 b. et 2.897).

Nous avons noté trois cas de mortalité infantile chez des femmes non traitées (Obs. 601, 927, 1.142) et un cas chez une femme traitée (1.278).

Au cours de l'année 1934, nous avons pratiqué la réaction de Bordet-Wassermann dans 643 cas, pour rechercher la cause des nombreuses disproportions du poids fœto-placentaire, et celle des avortements, de la prématurité, de la malformation fœtale et des anomalies de l'œuf.

b) *Tuberculose pulmonaire.*

Dans 13 cas, où la lésion tuberculeuse a été évidente, six fois l'accouchement a eu lieu au terme de 9 mois. Un cas d'accouchement au terme de 8 mois 1/2 et deux cas à 8 mois. Un cas à 7 mois. Une fois l'accouchement s'est produit au terme de 6 mois 1/2 en présentation du siège chez une primigeste de 22 ans atteinte de tuberculose pulmonaire et laryngée (Obs. 2.605).

Nous avons noté un cas d'accouchement gémellaire à terme (1.563).

Dans tous ces cas, l'enfant a été vivant.

Nous avons enregistré un cas d'avortement spontané au terme de trois mois (Obs. 2.514 b.), et deux cas d'avortement thérapeutique pour tuberculose pulmonaire (Obs. 104 b. et 817 b.).

c) *Cardiopathies.*

Rétrécissement mitral : 9 cas.

Dans 7 cas l'accouchement eut lieu au terme de

9 mois (Obs. 201, 793, 1.140, 1.412, 2.271, 2.961, 2.964), une fois l'accouchement s'est produit à 8 mois 1/2 et dans un cas nous avons dû interrompre la grossesse pour menace d'asystolie (Obs. 1.700).

Dans 7 cas, nous avons fait une application de forceps pour faire éviter à la parturiente les efforts de dégagement.

Nous avons noté un cas (Obs. 793) d'hydramnios coexistant avec la cardiopathie.

Dans le cas 1.140, une 3-geste avait en dehors du rétrécissement mitral, une luxation bilatérale congénitale de la hanche et elle était atteinte de syphilis.

Insuffisance mitrale : 8 cas.

Dans tous les cas (Obs. 176, 393, 711, 822, 977, 1.532, 1.915 et 3.200), l'accouchement a eu lieu au terme de 9 mois. Six fois nous avons terminé l'accouchement par une application de forceps.

Insuffisance aortique : 3 cas.

Deux accouchements au terme de 9 mois terminés par un forceps (Obs. 417, 820) et un cas d'avortement thérapeutique (Obs. 1.447 b.).

Autres cardiopathies :

Obs. 1.870 : Primipare de 22 ans atteinte d'une maladie mitrale. Dégagement à l'aide du forceps d'une fille mort-née au terme de 8 mois 1/2.

Obs. 2.872 : 10-geste de 35 ans ayant une insuffisance aortique compliquée d'un rétrécissement mitral. Accouchement naturel à terme. Garçon vivant.

Nous pouvons conclure de cette statistique très favorable qu'il ne faut pas être très catégorique, quant

à l'interdiction de la grossesse chez les cardiopathes et il faut surtout savoir attendre patiemment en surveillant la malade de près avant de se décider à l'interruption thérapeutique de la grossesse. A l'appui de ce principe nous pouvons citer, entre d'autres cas de multiparité, l'observation 1.140 où la parturiente atteinte d'un rétrécissement mitral ancien, supporte parfaitement avec toutes les précédentes, sa 13^e grossesse.

d) *Pyélonéphrite* (6 cas).

Obs. 527. — Accouchement normal au terme de 8 mois 1/2. Garçon vivant.

Obs. 686. — Accouchement normal au terme de 8 mois 1/2. Fille vivante.

Obs. 2.709. — Un cas de pyélonéphrite durant depuis le 6^e mois de la grossesse chez une 3-geste, qui a eu une hémorragie rétro-placentaire au moment de l'accouchement.

Obs. 2.745, 3.060, 1.451. — Accouchement normaux au terme de 9 mois.

e) *Autres maladies.*

Obs. 3.159. — Une primipare, âgée de 32 ans, fit une hémiplegie droite avec aphasie transitoire au moment de l'accouchement. Garçon vivant.

Obs. 1.274. — Goitre exophtalmique chez une 4-geste, présentation en S. I. D. P. Accouchement au terme de 8 mois, Garçon vivant.

Obs. 1.777. — Présentation en S. I. G. A. décomplété. Accouchement normal à terme. Fille vivante chez une multi-

pare ayant subi une appendicectomie au cours du 2^e mois de la grossesse.

Obs. 1.745. — Accouchement naturel. Garçon vivant chez primipare présentant des séquelles d'une hémiplégie droite.

Obs. 2.150. — Accouchement au terme de 7 mois. Fille vivante chez une 3-geste âgée de 45 ans, atteinte d'une néphrite chronique hypertensive, sans azotémie.

Obs. 2.599. — Des pertes sanguines périodiques simulant la menstruation persistent pendant toute la grossesse chez une 2-geste de 23 ans. Accouchement normal à terme. Pas de malformation utérine.

VII. PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NE

a) *Malformations fœtales* (20 cas).

Obs. 9 : Absence des doigts de la main gauche. — Obs. 257 : Bec de lièvre. — Obs. 599 : Léger degré d'hydrocéphalie chez une fille. — Obs. 610 : Circoncision congénitale. — Obs. 818 : Syndactylie des deux derniers doigts. — Obs. 1.009, 1.021, 2.019 : Hypospondias. — Obs. 1.026 : Absence de deux doigts à la main droite. — Obs. 1.034 et 1.381 : Un doigt supplémentaire à chaque main. — Obs. 1.216 : taches pigmentaires noires en forme de culotte chez un garçon. — Obs. 1.333 : foie dans l'hypochondre gauche et hernie diaphragmatique droite contenant un lobe hépatique, des anses grêles et une partie du côlon. — Obs. 2.047 : Un cas de non perforation anale. — Obs. 2.059 : Un cas d'hermaphroditisme. — Obs. 2.111, 2.755 : Deux pieds-bots valgus. — Obs. 2.573 : Malformation de l'oreille droite. Obs. 2.696 : Accouchement à terme de 7 mois d'une fille avec un pied-bot en varus et malformations des deux mains avec syndactylie de la main gauche. — Obs. 2.925 : Un cas d'anus vulvaire.

b) *Monstruosités* (5 cas).

OBS. 1147. — Fœtus masculin acrânien partiel. Absence des os frontaux et pariétaux.

OBS. 1736. — Monstre féminin : anencéphale avec spina bifida, mort-née au terme de 7 mois.

OBS. 1857. — Monstre féminin anencéphale avec ascite abondante, ayant un bec de lièvre compliqué, les deux bras palmés, exomphale, deux pieds-bots Mort-née au terme de 8 mois.

OBS. 1.970. — Monstre féminin acréânien et anencéphale. Présentation en M. I. D. P., dégagée en M. S.

OBS. 2.394. — Monstre féminin anencéphal dans un bassin G. R. dégagée après embryotomie.

Il est démontré une fois de plus que les monstres sont du sexe féminin.

c) Accidents fœtaux au cours de l'accouchement.

(4 cas).

OBS. 1.122. — Un cas de fracture du fémur droit produit à la suite d'abaissement du pied au crochet dans une présentation du siège.

OBS. 1.625. — Un cas d'enfoncement de l'os pariétal droit à la suite d'une application de forceps. La lésion a été réparée immédiatement après l'accouchement.

OBS. 1.529 et 3.027. — Deux cas de paralysie faciale après application de forceps.

d) Mortalité infantile (185 cas).

Fœtus morts pendant la gestation ou pendant l'accouchement : 110 cas.

Enfants morts pendant leur séjour à la maternité : 75 cas.

Nous avons noté dans 11 cas de la rétention du fœtus

mort, variant entre 8 jours à un mois (Obs. 321, 441, 538, 613, 870 b., 927, 1.313, 1.871, 1.974, 1.935, 3.161).

La mortalité infantile doit être attribuée dans la grande majorité des cas à la prénatalité.

VIII. MORTALITE MATERNELLE

Nous avons enregistré 5 cas de mortalité maternelle.

Obs. 226 et 2.740 (Voir Présentation de l'épaule).

Obs. 2.071, 2.881 (Voir Hémorragie de la délivrance).

Obs. 1.267 (Voir Inertie utérine)

IX. OPERATIONS

a) *Application du forceps* (140 cas).

Nous avons dû recourir à une application du forceps Tarnier dans 139 cas. Nous avons employé le forceps Démelin une fois.

Nous classons les indications de l'application du forceps en 12 groupes :

1° Lenteur de la période d'expulsion et signes de souffrances fœtales (77 observations). Sur ces 77 observations, dans 59 cas, il s'agissait des primipares.

2° Etats pathologiques de la mère.

Insuffisance mitrale (5 cas) (Obs. 176, 396, 711, 977, 1.915). Rétrécissement mitral : 4 cas (Obs. 201, 795, 2.271, 2.961). Insuffisance aortique : 2 cas (Obs. 417, 810). Maladie mitrale : (Obs. 1.870). Tuberculose pulmonaire avec pneumothorax : (Obs. 974). Eventration : (Obs. 821). Hernie ombilicale : (Obs. 784). Neuf primipares sur les 15 cas précédents.

3° Bassin G. R., le diamètre promonto-rétro-pubien étant au-dessus de 9 cm. 1/2, (20 cas) : (Obs. 198, 273, 376, 430, 750, 865, 1.227, 1.553, 1.604, 1.688, 2.382, 2.625, 2.761, 2.922, 2.545, 2.999, 3.045, 3.087, 3.183, 3.259). Dans 11 cas chez des primipares.

4° Résistance de parties molles chez des primipares âgées : 2 cas (294, 304).

5° Rigidité du col. Forceps après incision de la lèvre antérieure et postérieure du col : 5 cas (366, 549, 1.529, 2.419, 3.243). Trois primipares.

6° Œdème du col. Forceps après incision du col : 6 cas (Obs. 20, 207, 443, 1.122, 2.014, 3.215). Trois fois chez des primipares.

7° Eclampsie : 4 cas (Obs. 24, 311, 1.482, 2.333).

8° Hémorragie du placenta prævia : 2 cas (625, 2.270).

9° Inertie utérine : un cas chez une primipare (409).

10° Procidence du cordon : 4 cas (Obs. 190, 195, 1.044, 2.439). Trois primipares.

11° Dans trois cas sur tête dernière (Obs. 2.183, 1.044, 1.122).

12° Applications autres que sur le sommet fléchi. Front (Obs. 2.310), face (Obs. 531). Toutes les deux primipares.

Sur les 140 cas d'applications de forceps, 84 fois, il s'agissait des primipares.

Mortalité fœtale au cours de l'application du forceps : 9 cas (Obs. 24, 430, 865, 1.870, 1.936, 2.183, 2.336, 2.439, 2.945).

Quatre cas d'accidents d'application de forceps (voir ce chapitre).

b) Versions (6 cas).

Deux cas de version par manœuvre interne (Obs. 226, 2.189) et un cas (Obs. 331) par manœuvre mixte pour présentation de l'épaule (voir sous ce titre).

OBS. 2.537. — Version par manœuvre externe pour présentation longitudinale au 8^e mois de la grossesse. Accouchement normal à terme. Garçon vivant en O. I. G. A.

Obs. 3.227. — Présentation transversale au début du travail. Le fœtus est mobile. On pratique une version par manœuvre externe. Accouchement normal en S. I. G. A. complet. Garçon vivant.

Obs. 3.255. — Version podalique dans un cas de grossesse gemellaire au terme de 8 mois 1/2. Après l'expulsion du premier fœtus, le 2^e jumeau se mettant en transverse.

c) *Embryotomies* (12 cas).

Sept cas d'embryotomie céphalique.

Obs. 402. — 2-geste ayant le bassin G. R. et aplati. Le diamètre promonto-sous-pubien est de 10 cm. Les bruits du cœur fœtal n'étant plus perçus, on pratique une basiotrypsie.

Obs. 779. — Présentation en O. I. D. P. chez une primipare de 32 ans avec bassin G. R. et aplati. On tente une application de forceps au D. S., sans succès. Le fœtus n'étant plus vivant, on fait une basiotrypsie suivie de D. A.

Obs. 1.567. — Crâniclasie sur tête dernière d'un fœtus ayant subi préalablement une embryotomie rachidienne dans un cas de présentation du siège avec dystocies multiples (voir présentation du siège).

Obs. 1.893. — Primipare de 28 ans. Fœtus mort en présentation O. I. G. T. Bassin G. R. Après incision antérieure et postérieure du col on fait une basiotrypsie, suivie d'une cléidotomie imposée par le volume du fœtus. D. A. immédiate suivie d'inertie utérine avec hémorragie abondante et shock intense. Après une injection d'hypophyse et d'ergotine et une transfusion sanguine, l'hémorragie s'arrête et l'utérus se rétracte normalement.

Obs. 2.189. — Basiotrypsie sur tête dernière après version dans un cas de présentation de l'épaule. (Voir ce chapitre).

Obs. 2.682. — Broiement manuel de la tête d'un fœtus macéré au terme de 6 mois après dislocation du cou. (Voir Présentation du siège).

Obs. 2.739. — Basiotrypsie sur tête dernière chez une primipare de 24 ans ayant le bassin G. R. (Voir Siège).

Cinq cas d'embryotomie rachidienne.

OBS. 1.567 (Voir Présentation du siège).

OBS. 2.394. — Primipare de 38 ans avec bassin G. R. Fœtus anencéphale mort. La dilatation est complète depuis 12 heures. Tentatives de forceps infructueuses. On pratique une embryotomie à cause de dystocie grave des épaules.

OBS. 2.682. — Dislocation du cou d'un fœtus macéré au terme de 6 mois. (Voir Sièges).

OBS. 2.740. — Embryotomie rachidienne dans un cas de présentation de l'épaule gauche négligée. (Voir sous ce chapitre).

OBS. 3.239. — Embryotomie rachidienne pour présentation de l'épaule dans un cas d'infection amniotique. (Voir Présentation de l'épaule).

d) *Opération césarienne* (27 cas).

Césarienne basse (17 cas).

Dans les 15 cas suivants, l'opération césarienne a été pratiquée pour bassin G. R. avec un diamètre promonto-rétro-pubien au-dessous de 9 cm. (Obs. 53, 330, 421, 931 b., 997, 1.534, 1.538, 2.027, 2.046, 2.168, 2.242, 2.269, 2.309, 2.758, 3.219). Dans le cas 70, elle a été pratiquée à cause de la résistance particulière des parties molles, la symphyse étant en même temps très saillante.

OBS. 795 : Opération césarienne basse chez 2-geste de 38 ans ayant subi, il y a 13 ans, une amputation du col utérin.

Dans un cas (997) il s'agissait d'une grossesse gémellaire au terme de 7 mois 1/2. Une fois (2.046) l'opération a été suivie d'inertie utérine. (Voir ce chapitre).

Césarienne corporéale (8 cas).

Quatre fois, l'opération césarienne a été pratiquée pour bassin G. R. (Obs. 179, 570, 590, 959). Dans un cas le rétrécissement du bassin s'est compliqué du vaginisme (Obs. 3.108). Deux fois elle a été pratiquée pour placenta prævia, variété centrale (Obs. 962). L'opération césarienne faite pour placenta recouvrant a été suivie d'hystérectomie totale à cause de l'hémorragie. Obs. 1.187 : opération césarienne pour placenta prævia à type central, suivie d'hystérectomie subtotale dans un cas de présentation de l'épaule . (Voir sous ce titre).

Une fois (2.240), elle a été pratiquée pour fibrome prævia. L'opération césarienne a été suivie d'une myomectomie.

Césarienne vaginale (2 cas) :

OBS. 174 b. — 2-geste. Température à 39°. Infection amniotique au 5^e mois de la grossesse.

OBS. 3.245. — Tentative de césarienne vaginale dans un cas d'œdème du col. (Voir déchirure du col utérin).

Dans 5 cas, nous avons pratiqué la ligature des trompes au cours de l'opération césarienne chez des parturiantes ayant subi déjà plusieurs interventions semblables au cours de leurs précédentes grossesses (Obs. 330, 570, 959, 2.027, 2.168).

e) *Symphysiotomie* (3 cas).

OBS. 1.604. — Un cas de symphysiotomie suivie de dégagement à l'aide du forceps d'un garçon vivant, chez une

3-geste, ayant le bassin G. R. et dont la première grossesse s'est terminée par un avortement, la deuxième par une application de forceps avec l'extraction d'un enfant mort-né.

Obs. 1.789. — Primipare de 23 ans, la tête fœtale est bloquée en O. I. G. A. au D. S. rétréci. Symphysiotomie complète après épiziotomie unilatérale. Dégagement d'un garçon vivant avec 3 circulaires du cordon autour du cou.

Obs. 2.277. — Primipare de 34 ans. En travail depuis 30 heures, ayant le bassin G. R. La tête fœtale est bloquée au D. S. Tentative de forceps infructueuse. On pratique une symphysiotomie. Garçon vivant.

f) *Hystérectomies* (4 cas).

Obs. 256. — Femme âgée de 42 ans, avec une grossesse de 4 mois ayant subi 5 séances de radiothérapie en ville pour fibrome utérin. Température à 39°5. Pertes fétides depuis 15 jours. On pratique une hystérectomie totale et on constate la rétention du placenta putride, adhérent intimement à la paroi utérine au voisinage du col. Son décollement est impossible, étant enchâssé dans le tissu utérin.

Obs. 962 et 1187. (Voir opérations césariennes corporeales)

Obs. 1.854. — Hystérectomie pour hémorragie grave. (Voir hémorragie rétro-placentaire).

g) *Délivrance artificielle* (76 cas).

Nous avons pratiqué 28 fois la délivrance artificielle pour mettre fin à une hémorragie survenue après l'expulsion du fœtus (Obs. 53, 68, 331, 459, 477, 1.072, 1.479, 1.752, 1.905, 2.071, 2.097, 2.110, 2.158, 2.636, 2.922).

Dans les 13 cas suivants, après une application de

forceps (Obs. 60, 905, 1.044, 1.227, 1.324, 1.725, 1.936, 2.130, 2.166, 2.348, 2.439, 2.999, 3.243).

Dans 29 cas, la D. A. a été dictée par le non-décollement du placenta (Obs. 6, 411, 551, 773, 896, 1.125, 1.145, 1.214, 1.224, 1.393, 1.411, 1.494, 2.119, 2.207, 2.287, 2.302, 2.357, 2.457, 2.482, 2.904, 2.905, 3.126, 3.192, dans les cas suivants, après application du forceps : 198, 207, 549, 1.362, 1.695, 2.285).

Six cas de D. A. après avortement (Obs. 415, 1.673 b, 2.051 b, 2.693 b, 3.135).

Cinq fois dans l'inertie utérine survenue après l'expulsion (Obs. 878, 908, 1.267, 1.893, 2.630).

Deux fois, pour enchâtonnement du placenta (Obs. 2.407 et 2.494).

Dans 5 cas après une embryotomie (obs. 1.567, 2.189, 2.682, 2.739, 2.740).

Une fois dans un cas d'éclampsie après application de forceps (obs. 24).

h) Révisions utérines.

Nous avons pratiqué dans 63 cas la révision utérine parce que le placenta a été déchiqueté ou les cotylédons ont été dissociés, soit que les membranes aient été déchirées. Dans d'autres cas nous avons fait une révision pour une hémorragie persistante après la délivrance ou lorsque l'involution utérine n'a pas suivi son cours normal et enfin dans chaque cas d'intervention chirurgicale pour vérifier l'intégrité de l'utérus.

i) *Incision du col.*

Nous avons dû faire une incision de la lèvre antérieure et postérieure du col dans 24 cas.

Cinq fois pour œdème du col (Obs. 20, 207, 443, 1.122 et 2.014).

Huit fois pour légère rigidité du col s'opposant à l'accomplissement de la dilatation (Obs. 366, 779, 1.529, 1.936, 2.029, 2.419, 2.945 et 3.045).

Dans trois cas pour hâter la fin de l'accouchement à cause des signes de souffrance fœtale (Obs. 1.629, 2.074, 2.439).

Deux fois, pour extraire un siège (Obs. 2.682 et 3.123).

Dans deux cas de placenta prævia avec hémorragie, avant la dilatation complète (Obs. 1.625, 2.270).

Dans deux cas de basiotrypsie (Obs. 779, 1.893) et une fois dans un cas d'avortement pour un abcès du col (Obs. 2.146).

Dans un cas d'éclampsie pour terminer rapidement l'accouchement (obs. 24).

Dans tous les cas l'incision du col a été suivie d'application de forceps.

j) *Episiotomie.*

Nous avons pratiqué dans 100 cas une épisiotomie unilatérale et deux fois une double épisiotomie, dans la grande majorité des cas chez des primipares, pour

éviter ainsi une déchirure grave du périnée au cours d'un accouchement normal ou d'une application de forceps. Dans chaque cas l'incision a été suturée immédiatement après la délivrance.

X. CONCLUSION

En examinant les statistiques du fonctionnement de la Maternité Lariboisière des années précédentes et en nous rapportant aux résultats de notre statistique de l'année 1935, nous constatons la croissance progressive de l'activité de nos services. Le nombre des femmes hospitalisées a atteint en 1935 le chiffre de 3.285, contre 2.932 l'année précédente. Grâce à la parfaite collaboration de nos services d'hygiène sociale, de traitement antisypilitique et de ceux de la consultation pré-natale, nous avons pu enregistrer une diminution notable des dystocies graves au cours de l'accouchement. La femme ayant été surveillée pendant sa grossesse, on a pu pratiquer les opérations obstétricales dans les meilleures conditions et au meilleur moment, obtenant ainsi la diminution de la mortalité maternelle. Grâce à cette surveillance au cours de la grossesse, on a pu mettre en œuvre dans chaque cas pathologique un traitement approprié dont le résultat a été la diminution du nombre des avortements. Par ailleurs, dans les cas où nous avons constaté que l'état de santé de la mère était gravement compromis du fait de la grossesse, on a pu intervenir en temps utile pour barrer le chemin au danger. Au cours des consultations pré-natales, on a pu dépister les cas de bacillose latente ignorée par la malade

et ainsi il a été possible, le moment venu, de mettre le nouveau-né à l'abri de la contamination par l'isolement et par l'application du vaccin B. C. G.

Nous constatons avec satisfaction que le nombre des femmes venant accoucher à Lariboisière, sans avoir consulté auparavant, diminue régulièrement d'année en année, mais devant ces résultats il serait souhaitable pour le plus grand bien de la société que les autorités compétentes rendent un jour la consultation pré-natale absolument obligatoire, de même façon que la vaccination antivariolique.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Le Président de la Thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

TABLE DES MATIERES

<i>Statistique générale</i>	9
I. — <i>Avortement</i>	10
II. — <i>Accouchements.</i>	
a) Statistique générale des présentations	14
b) Présentation de la face	15
c) Présentation du front	15
d) Présentation de l'épaule	16
e) Présentation du siège	17
f) Le terme de l'accouchement	21
g) L'heure de l'accouchement	22
h) Grossesse gémellaire	22
III. — <i>Complications de perturbation.</i>	
a) Œdème du col	24
b) Affections vulvaires	24
c) Le Périnée	25
d) Affections utérines	25
e) Déchirure de l'utérus	26
f) Inertie utérine	26
g) Hémorragie de la délivrance	27
h) Procidences	28
i) Viciations pelviennes	29
j) Dystocies des épaules	31
k) Circulaires et nœuds du cordon	36
IV. — <i>Anomalies de l'œuf.</i>	
a) Hydramnios	33
b) Oligo-amnios	34
c) Placenta prævia	34
d) Infection amniotique	35
e) Malformations placentaires	35

f) Anomalies du cordon	35
g) Dégénérescence molaire	36
V. — <i>Etats pathologiques de la gestation.</i>	
a) Albuminurie gravidique	37
b) Eclampsie	38
c) Hémorragie rétro-placentaire	38
d) Vomissements graves	39
VI. — <i>Etats pathologiques généraux.</i>	
a) Syphilis	40
b) Tuberculose pulmonaire	41
c) Cardiopathies	41
d) Pyélonéphrite	43
e) Autres affections	43
VII. — <i>Pathologie du nouveau-né.</i>	
a) Malformations fœtales	45
b) Monstruosités	45
c) Accidents fœtaux au cours de l'accouchement ..	46
d) Mortalité infantile	46
VIII. — <i>Mortalité maternelle</i>	47
IX. — <i>Opérations.</i>	
a) Application du forceps	48
b) Versions	49
c) Embryotomies	50
d) Opérations césariennes	51
e) Symphysiotomies	52
f) Hystérectomies	53
g) Délivrance artificielle	53
h) Révisions utérines	54
i) Incisions du col	55
j) Episiotomies	55
X. — <i>Conclusion</i>	57

